



- Ελεγχος: monitoring καρδιακής λειτουργίας, ούρα > 100ml/ώρα, παρουσία ή όχι χρωστικών στα ούρα
 - Κάλυψη για τέτανο
 - Φροντίδα του εγκαυματικού τραύματος. Επάλειψη με αλοιφές, διαχωρισμός αληθινού εγκαύματος από έγκαυμα από βολταϊκό τόξο.
 - Επείγουσα εσχαροτομή-διάνοιξη καρπιαίου σωλήνα σε υποψία συνδρόμου διαμερίσματος.
 - Κατ επαπτομένη εσχαρεκτομή διαδοχικοί χειρουργικοί καθαρισμοί και κάλυψη με Δ.Μ ή κρημνούς. Εγκαίρη κάλυψη=λιγότερες ρικνώσεις, λιγότερος πόνος, γρηγορότερη ανάνηψη
- ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ:**
- Ακρα: Προσβάλλονται συχνά. Ισχαιμικό άκρο= ακρωτηριασμός. Επείγουσα εσχαροτομή-διάνοιξη καρπιαίου σωλήνα σε υποψία ισχαιμίας. Τελική κάλυψη συνήθως με κρημνό.
 - Κεφαλή τράχηλος: Έγκαυμα σαν ταψί με το πιο αβασές σημείο περιφερικά. Μέχρι το επιφανειακό τμήμα της διπλότητας= χειρουργικός καθαρισμός, ανάπτυξη κοκκώδους ιστού+ κάλυψη με Δ.Μ. Ολικού πάχους στο οστό= εκτομή και κάλυψη με κρημνό.
 - Κορμός -περίνεο-Κουλιά:: Προσοχή για πιθανή βλάβη εσωτερικών οργάνων. Βαθύ έγκαυμα στην κοιλιά = αντιμετώπιση σαν ενδοκοιλιακό τραύμα
- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:** Κ.Ν.Σ= Παραπληγία ή τετραπληγία. Μάτια= Καταρράκτης. Σκελετικές βλάβες= Ινωση, ρικνώσεις, περιορισμός της λειτουργικότητας, κύστεις οστών.

E1. Φροντίδα του δέρματος σε κολόβωμα

ΠΑΠΑΘΑΝΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ*, ΝΑΤΣΙΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ, ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ.

Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Νοσοκομείου Α. Συγγρός

Στις αρχές του περασμένου αιώνα τα τεχνητά μέλη ήταν μεταλλικής, ξύλινης, ή ακόμα και δερμάτινης κατασκευής. Στις μέρες μας η εφαρμογή νέων τεχνολογιών προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην ποιότητα των τεχνητών μελών. Για να εφαρμοστεί το τεχνητό μέλος απαιτείται καλή κατάσταση του δέρματος στην περιοχή του κολοβώματος και ανά τακτά χρονικά διαστήματα δερματολογική εξέταση.

Παρόλα αυτά ορισμένα δερματολογικά προβλήματα είναι συνήθη σε κολοβώματα, όπως η αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής, οι λοιμώξεις, τα νοσήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή πίεσης στην περιοχή του κολοβώματος (τύλοι, θυλακική υπερκεράτωση) και τέλος χρόνιες δερματοπάθειες που αναζωπυρώνονται στην περιοχή (ψωρίαση).

Η καλή υγιεινή και η καθημερινή περιποίηση του δέρματος των κολοβωμάτων συνιστά τον καλύτερο τρόπο πρόληψης • Αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης, σχετιζόμενο με την υπέρμετρη συγκέντρωση των παροχτευσμένων εκκρίματων περί την στομία, αλλά και την παράκαμψη (bypassing) της άμυνας των ανωτέρων αεραγωγών.

- Αυξημένο κίνδυνο βλάβης του περιστοματικού δέρματος
- Διαταραχή της προφορικής επικοινωνίας
- Διαταραχή της θρέψης: Ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος σχετιζόμενη με την προϋπάρχουσα νόσο, την ανορεξία, την δυσφαγία, την οδυνοφαγία και την μετεγχειρητική νηστεία..
- Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την φροντίδα της στομίας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

Οι κύριες νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν I. Την περιποίηση της στομίας και του σωλήνα II. Την τραχειοβρογχική αναρρόφηση III. Την διατήρηση του cuff IV. Την εξασφάλιση ύγρανσης του εισπνεόμενου αέρα V. Την επίτευξη καλού επιπέδου θρέψης VI. Την ψυχολογική υποστήριξη VII. Την διδασκαλία του ασθενή

Ο ασθενής πριν την έξοδο του διδάσκεται α) την τεχνική τοποθέτησης νέου σωλήνα σε επείγουσες συνθήκες β) τις τεχνικές καθαρισμού του στομίου και αλλαγής του σωλήνα και των επιθεμάτων γ) την τεχνική αναρρόφησης δ) εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στα μέτρα προφύλαξης της στομίας από την δίοδο ξένων αντικειμένων (τρίχες, αφρός ξυρίσματος κλπ). Τα προηγούμενα σε συνδυασμό με την επαρκή αναπνευστική λειτουργία και την απουσία επιπλοκών αποτελούν τα κριτήρια εξόδου του ασθενή

E3. Τραχειοστομία - Φροντίδα Τραχειοστομίας

**Ζωγράφος Γεώργιος Χειρουργός
Βασιλόπουλος Γεώργιος Νοσηλεύτης
Γ.Ν.Α «Γ.Γεννηματας»**

Η τραχειοστομία είναι από τις αρχαιότερες χειρουργικές επεμβάσεις και για πολλά χρόνια χρησιμοποιήθηκε μόνο για αντιμετώπιση της επείγουσας απόφραξης της αεροφόρου οδού. Σήμερα η ασφαλέστερη επείγουσα διασφάλιση αεροφόρου οδού είναι η ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η τραχειοστομία πραγματοποιείται συχνά στις μονάδες εντατικής θεραπείας σε αρρώστους που έχουν υποβληθεί σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας. Αυτό είναι απαραίτητο να γίνει 6-8 ημέρες μετά την διασωλήνωση διότι 1) υπάρχει κίνδυνος κακώσεως του λάρυγγα 2) είναι αποτελεσματικότερη η απομάκρυνση των εκκρίσεων 3) αξιοποιείται ο «νεκρός χώρος» από την στοματική κοιλότητα έως τον σωλήνα. Επιπλέον ένδειξη τραχειοστομίας αποτελούν οι ανεγχείρητες νεοπλασίες του τραχήλου.

"Μίπι"τραχειοστομία είναι η τοποθέτηση μικρού ενδοτραχειακού σωλήνα διαδερμικά με πολύ μικρή τομή διά μέσου της κρικοθυροειδικής μεμβράνης και κερδίζει συνεχώς έδαφος τα τελευταία χρόνια.

Η τραχειοστομία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με γενική ή με τοπική αναισθησία. Απαραίτητη είναι η υπερέκταση της κεφαλής. Η τομή γίνεται στο ύψος του 2ου ημικρίκιου της τραχείας και πρέπει να διαχωρισθούν προσεκτικά οι ιστοί μέχρι την τραχεία. Η τομή της τραχείας πρέπει να είναι εγκάρσια, με δημιουργία κυρτής επιφάνειας προς τα άνω, έτσι ώστε και απώτερη μετεγχειρητική στένωση να αποφευχθεί και ο τραχειοσωλήνας να μπορεί να διέλθει διά της σχηματισθείσας οπής χωρίς να προκαλέσει κάκωση.

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν είναι αιμορραγία, σήψη, ρήξη τραχείας, ρήξη οισοφάγου.

Τις επόμενες μετεγχειρητικές ημέρες μπορεί να αποφραχθεί ο τραχειοσωλήνας από εκκρίσεις, ενώ η στένωση της τραχείας ανήκει στις απώτερες επιπλοκές.

ΕΙΔΗ ΣΩΛΗΝΩΝ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η επιλογή του σωλήνα τραχειοστομίας εξαρτάται από την